

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

12
No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Simone DELAROCHE

Née le 19 novembre 1907, à Auxerre (Yonne)
Ancienne externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE
ANCIENNE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Simone DELAROCHE

Née le 19 novembre 1907, à Auxerre (Yonne)
Ancienne externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE
ANCIENNE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : M. J.-L. FAURE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.	MM.
ABRAMI Clinique médicale.	MOCQUOT Clinique chirurgicale.
CHIRAY Clinique médicale.	SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
DUVOIR Clinique médicale.	LE LORIER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
CHEVASSU Clinique chirurgicale.	METZGER Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes, Stomatologie. Éducation physique. Radiologie clinique. Puériculture.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé	
LEDOUX-LEBARD	
WEIL-HALLÉ	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR J.-L. FAURE

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique gynécologique
Commandeur de la Légion d'honneur

*En le remerciant du grand honneur qu'il
nous fit en acceptant la présidence de
cette thèse.*

A M. LE DOCTEUR MONDOR

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le choix de ce travail
et guidée de ses conseils.*

*Hommage de vive gratitude pour la par-
ticulière bienveillance qu'il n'a cessé de
nous témoigner.*

A M. LE DOCTEUR VIGNES

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Accoucheur de l'Hôpital de la Charité
Officier de la Légion d'honneur

*En témoignage de profonde reconnais-
sance pour l'accueil bienveillant qu'il nous
a réservé.*

A M. LE DOCTEUR M. MAYER

Chef de Clinique à la Maternité

*En le remerciant de nous avoir guidé de
ses conseils. Qu'il trouve ici le témoignage
de notre profonde amitié.*

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Externat :

M. LE DOCTEUR RUDAUX
M. LE DOCTEUR BERGER
M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE
M. LE DOCTEUR BROUARDEL
M. LE DOCTEUR PAISSEAU

A MES MAITRES DE L'HÔPITAL DE TOURS

M. LE DOCTEUR GUILLAUME
M. LE DOCTEUR BOSC (*in memoriam*)
M. LE DOCTEUR TILLAYE
M. LE DOCTEUR GAUDEAU
M. LE DOCTEUR VIALLE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE ANCIENNE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Introduction.

On n'est arrivé que très récemment à la conception actuelle de la grossesse extra-utérine, c'est-à-dire, d'une gestation ectopique dont l'évolution anatomique entraîne d'une façon presque absolue la survenue d'accidents hémorragiques.

Au point de vue histologique il y eut toute une série de phases. La progression des idées a été très lente jusqu'au milieu du xix^e siècle. On connaissait l'existence anatomique des grossesses extra-utérines, mais l'intérêt qu'on y portait, était purement obstétrical et lié à la question de la possibilité ou non de développement du fœtus, et aux moyens d'extraction du fœtus vivant ou mort. On connaissait également la possibilité d'épanchements hémorragiques intra-péritonéaux ; on avait même constaté leur coexistence possible avec des grossesses extra-utérines, mais il n'y avait aucune espèce de liaison établie entre ces deux phénomènes ; si bien que, pour expliquer les hémorragies intra-péritonéales on faisait intervenir

toute une série de causes, dont la grossesse ectopique n'était pas une des plus importantes.

Vers le milieu du xix^e siècle, on fit rapidement les acquisitions suivantes : d'abord que la grossesse extra-utérine n'était pas une affection exceptionnelle, loin de là ; ensuite, Velpeau, Sabatier et surtout Lawson-Tait établirent la liaison entre la grossesse extra-utérine et les hémorragies liquides ou à type d'hématocèle.

Nous avons songé à rassembler, pour en suivre le lent progrès, quelques-unes des opinions émises *avant les travaux décisifs de Lawson-Tait*. Nous avons adopté, comme classement pratique de ces doctrines presque toutes périmées, le triple point de vue : physiologique, chimique, thérapeutique.

Ovulation et Fécondation.

La grossesse extra-utérine n'a pu être étudiée et comprise qu'à la fin du ^{xvii}^e siècle, à la suite des découvertes de Régnier de Graaf sur l'ovulation et la fécondation.

Pour Hippocrate, la fécondation se fait par la fusion des deux semences mâle et femelle dans la matrice qui se ferme aussitôt la conception effectuée. Il considère la semence comme l'assemblage de quantité de petites particules détachées de toutes les parties du corps. « Fusionnées dans la matrice les deux semences s'échauffent ; elles reçoivent le souffle de vie qui provient de la respiration de la mère, souffle froid, inspiratoire, qui s'échauffe parce que le lieu est chaud ; le souffle échauffé sort, en attirant ainsi un nouveau souffle froid. Car c'est la loi générale : tout ce qui s'échauffe a le souffle, a le mouvement, a une sorte de vie... » (Barbillon, *Etudes critiques d'histoire de la médecine*).

Cette conception s'est très peu modifiée par la suite.

Au siècle suivant, Aristote pense que seul l'homme fournit toute la matière dont l'enfant est formé. « La semence de l'homme est jetée et reçue dans le fond

de la matrice et la femme n'est qu'une terre fertile dans laquelle le laboureur jette du grain et qui ne produiroit rien si elle n'étoit bien ensemencée » (Dionis, *Traité général des accouchements*, 1721, p. 76).

Galien, au ⁱⁱ siècle, regarde comme semence de la femme la mucosité plus ou moins abondante qui humecte dans l'excitation sexuelle les parties génitales de celle-ci.

Enfin, jusqu'au ^{xvii} siècle, on croit que la semence est issue du sang. Celui-ci, apporté par les vaisseaux spermatiques dans les testicules, s'y convertit en semence. L'artère et la veine spermatique de chaque côté s'anastomosant, il s'y fait un mélange du sang veineux et artériel, mélange qui prépare le sang à devenir semence ; d'où le nom de vaisseaux préparans donné alors à cette veine et à cette artère.

Cette opinion sur le mélange du sang veineux et artériel s'est effondrée au début du ^{xviii} siècle à la suite de la découverte de la circulation du sang ; mais la croyance que c'est le sang qui devient semence dans le testicule subsiste toujours, avec cette différence qu'on n'y admet plus que le sang artériel.

Ambroise Paré, au ^{xvi} siècle, dans son livre *De la génération de l'homme et de la femme, recueilly des Anciens et Modernes*, formule ainsi son opinion : « La semence est un humeur escumeux, plein d'esprit vivifiant, qui la fait bouillonner et accroître en la matrice : et sont lesdites semences la matière et forme naturelle de l'enfant, fait du sang le plus pur de la matrice, est principe et cause effective de

la génération de l'animal : et icelle semence doit estre blanche, splendide et claire... Or la plus grâde partie d'icelle vient du cerveau, mais le total procède de tout le corps universel, et de chacune partie, tant solide que molle : car c'est chose manifeste, que si elle ne venoit de tout le corps, les parties de l'enfant n'en pourroient estre faites, parce qu'il faut que toutes les parties soient faites de leur semblable... »

La génération se fait par le mélange des semences de l'homme et de la femme dans l'utérus, seul lieu, d'après Viardel (1674), propre à la fécondation.

C'est également l'avis de Mauriceau en 1675.

C'est à cette époque que Régnier de Graaf, physiologiste hollandais, fait paraître un ouvrage sur la génération, dans lequel il détruit toutes les anciennes croyances et déclare que la femme donne un œuf dans lequel l'enfant est formé, une fois celui-ci fécondé par la semence de l'homme. Ces œufs se détachent de l'ovaire et passent par la trompe, pour être fécondés dans la matrice.

Cette opinion a été très discutée et nombreux sont ceux qui, à cette époque, n'ont pas voulu l'admettre. Mauriceau en a été un des adversaires les plus farouches. Il admet cependant l'existence chez la femme de testicules différents de ceux des hommes et « composés de plusieurs petites glandes, et de petites vessies jointes les unes aux autres, lesquelles paroissent pleines d'une semence qui est bien plus aqueuse que celle des hommes ; et ils n'ont outre cela aucun épididyme... » ; mais il discute le méca-

nisme de l'ovulation « ces petites vessies, dont la substance des testicules des femmes est presque entièrement composée, ont donné lieu à quelques modernes d'avancer depuis peu une opinion tout à fait extraordinaire, qui est que les femmes ont des œufs aussi bien que les animaux volatils, et que l'enfant en est engendré, de la même manière que l'est un poulet de l'œuf dont il est formé ; soutenant avec opiniâtreté, par des prétendues expériences, et par des autorités, que ces petites vessies ne sont autre chose que des œufs sans coquille, couverts de simples membranes, lesquels se détachant de la propre substance des testicules, quelques jours en suite du coït (par lequel ils ont esté rendus féconds) viennent à se glisser, et à tomber dans la matrice, par les vaisseaux appelez deferans ejaculatoires. » (Mauriceau, *Traité des Maladies des femmes grosses*, 1675 ; chapitre II : Des testicules, p. 10).

Vers la même époque, un Arabe : Abou Walid-Ibn-Rochd, dit Averroes, avance que les ovaires de la femme sont aussi inutiles pour la génération que les mamelles des hommes et illustre sa théorie par l'histoire d'une femme devenue enceinte après s'être baignée dans l'eau qu'un homme venait de souiller.

Au XVIII^e siècle, la théorie de de Graaf sur la génération devient presque classique on commence à avoir notion de l'ovule et de l'ovisac, c'est-à-dire de l'origine extra-utérine de l'œuf « l'œuf a sa membrane particulière, qui lui sert de coque, laquelle se détache de l'ovaire, et en sort avec lui » (Amand, *Nou-*

velles observations sur la pratique des accouchements, 1715). En 1721, Dionis entrevoit la possibilité d'arrêt de l'œuf dans la trompe soit par la grosseur de cet œuf, soit par l'étroitesse du passage.

Par la suite, de nombreuses observations de grossesses ectopiques sont publiées et les autopsies permettent d'étudier leur mécanisme.

De nouvelles connaissances sont acquises. Spallanzani, en 1768, prouve que les spermatozoïdes, qui trouvent leur origine dans les cellules épithéliales, sont les éléments fertiles actifs de la semence, alors qu'ils étaient considérés depuis leur découverte par J. Ham et Leewenhoek, en 1677, comme des animalcules.

A la fin du XVIII^e siècle, l'origine ovarienne de l'œuf ne semble plus douteuse et Sabatier, en 1798, adoptant l'opinion de Stenon, déclare que « les vésicules séminales contenues dans les ovaires, sont de véritables œufs, lesquels, après avoir été fécondés par la semence du mâle, se gonflent, rompent le calice dans lequel ils sont renfermés, et tombent le long des trompes de Fallope jusques dans la matrice, pour y prendre l'accroissement dont ils sont susceptibles (*Traité complet d'Anatomie*, 1798, t. II).

De l'avis de Beaudelocque (1786), les grossesses où l'enfant se développe dans la matrice sont plus propres à exciter l'admiration, vus les obstacles que l'œuf rencontre avant d'y arriver.

La même opinion est reprise en 1807 par Gardien dans son *Traité d'accouchements*. « Si l'enfant est

conçu quelquefois dans l'ovaire, comme je l'ai avancé d'après Haller, on ne doit pas être surpris de ces espèces de grossesses ; on devrait, au contraire, être étonné qu'elles ne se rencontrassent pas plus souvent, si, comme le dit le physiologiste célèbre, la conception avait constamment lieu dans l'ovaire, et que la trompe ne fut qu'un canal destiné à en transmettre le produit dans la matrice, puisque l'orifice interne de la trompe est très étroit, tandis que le pavillon qui doit s'adapter à l'ovaire est très large » (*Des grossesses contre nature ou extra-utérines*).

Beaucoup plus tard, en 1900, Couvelaire, dans son *Etude anatomique sur les grossesses tubaires*, fera la lumière complète sur ce sujet.

Faits cliniques.

L'existence de la grossesse extra-utérine ne fut pas soupçonnée jusqu'au xvi^e siècle. Néanmoins, il existait déjà des observations qui constataient que des débris de fœtus avaient été expulsés par des abcès formés sur différents points de la paroi abdominale. Mais on pensait que ces fœtus s'étaient d'abord développés dans la cavité utérine et qu'ils étaient ensuite passés dans l'abdomen par la rupture spontanée ou accidentelle des parois de la matrice. Ces notions, toutefois ne sont entrées dans le domaine scientifique que depuis les travaux de de Graaf et de Riolan sur la fécondation.

Déjà les Anciens ne pouvaient admettre que les divinités naissent comme le commun des mortels, c'est pourquoi ils font sortir Bacchus de la cuisse de Jupiter et Minerve de son cerveau. Au Moyen-Age, la légende du Chevalier Fanoüel rappelle les mythes antiques. Neuf mois après avoir essuyé sur sa cuisse le couteau qui avait servi à couper le fruit d'un arbre enchanté, le Chevalier vit sortir de celle-ci une charmante petite fille.

Certains médecins n'ont pas craint de renchérir sur ces inventions, comme le montre l'histoire de

l'accouchement du Capucin qui rendit une vipère par l'urètre, cas exposé dans la bibliothèque choisie de médecine.

Aussi anormale, leur semblera l'évacuation d'un fœtus par l'anus ou l'abdomen, mais ils l'admettront également sans essayer de la comprendre.

Les premiers cas de grossesses ectopiques sont publiés dans la seconde moitié du xvi^e siècle. Telle l'histoire de la femme de Jérôme Bisaccioni, noble dame d'Insi, qui par faveur de Notre-Dame de Lorette, accouche par l'anus après une gestation de deux ans.

En 1545, Mathias Cornax relate le cas de la Viennoise Marguerite Karlinger, femme de G. Wolcer, qui, enceinte pour la seconde fois, ressentit de violentes douleurs le jour de la Saint-Luce, mais malgré ses efforts ne parvint à évacuer que « fragorem satis sonorum ». Au bout de quatre ans, il se produisit une fistule dans la région ombilicale par où s'écoula une sanie purulente. Trois chirurgiens : Wirt, Dirlewang, Winckler, et deux médecins : J. Enzianer et Cornax lui-même, résolurent de lui ouvrir le ventre ; ils en retirèrent un fœtus en pourriture.

Plus intéressante encore parce qu'elle fut le sujet d'un dessin de Jean Cousin, en 1582, est l'histoire de Colombe C., femme d'un tailleur de Sens, âgée de 28 ans qui, enceinte, éprouva au bout de neuf mois les douleurs de l'accouchement sans que celui-ci

s'effectue. Bientôt les douleurs cessèrent mais elle garda le ventre d'une femme enceinte. Elle mourut à l'âge de 68 ans.

Ambroise Paré a consigné ces faits dans son livre *De la Génération* : « On a vu aussi à certaines femmes, l'enfant étant mort dans leur matrice, les os sortir par l'ombilic, et la chair par pourriture estre jettée par le col de leur matrice, et par le siège, s'étant fait abcès : ce que deux chirurgiens célèbres et dignes de foy m'ont certifié avoir vu à deux diverses femmes. Pareillement, Monsieur Dalechamp, en sa Chirurgie Françoise, récite qu'Albucrasis avoit traité une Dame de mesme chose, dont l'issue fut bône, ayant recouvert la santé toutesfois sans porter enfans ».

Si quelques cas de grossesses anormales sont signalés à cette époque, on ignore cependant qu'une rupture de l'utérus survenant dans les premiers mois de ces gestations est susceptible de donner lieu à une mort aussi prompte que tragique. Tel est, sans doute, le cas de Gabrielle d'Estrée, soi-disant morte empoisonnée. Mais en lisant les Mémoires du temps, on est plus porté à croire que la maîtresse d'Henri IV est morte des suites d'une rupture de l'utérus.

Au xvii^e siècle, les exemples se multiplient. Thomas Bartholin, en 1664, publie un opuscule : *De insolitis partus humani viis* au sujet d'un enfant qui sortit par un abcès de la région ombilicale de la mère, huit ans après la conception.

On cite également le fœtus expulsé par la bouche d'une servante du Marquis de Mondexar ; le fœtus pétrifié de Pont-à-Mousson.

Maroldus donne l'observation d'une servante de Reust qui, à trois reprises différentes, vomit un fœtus.

Vésale, en 1669, trouve un fœtus de quatre mois dans la trompe d'une femme à Paris ; cette dernière était si distendue qu'il la prit pour une seconde matrice et qu'il publia cette observation sous le titre de « Démonstration d'une double matrice ».

Nous devons citer encore le cas publié par le docteur Bayle, au sujet de Marguerite Matthieu, qui garda un enfant 26 ans dans le ventre ; celui des docteurs Baldwin et Delafort, à Orange, en 1662, de M. de Saint-Maurice, en 1682. En Hollande, M. Rhoonhuys en avait vu également.

Non seulement les médecins, mais les gens de la Cour de France se passionnent alors pour ce sujet si intéressant. Et Saint-Simon rapporte dans ses *Mémoires* que la femme de Louis XIV se fit apporter dans son cabinet les pièces anatomiques d'une autopsie de cette nature faite par Duverney.

On sait alors qu'il existe de mauvaises grossesses avec enfant dans le ventre mais on discute seulement le mécanisme de leur présence et ce n'est qu'après la découverte de Regnier de Graaf que le développement d'un fœtus hors de la cavité utérine devint compréhensible et fut admis.

Mauriceau, élève d'Ambroise Paré, sait qu'il y a des enfants ectopions mais il les fait développer

dans une hergne de l'utérus ; il donne une observation détaillée d'une de ces grossesses dans son *Traité des Maladies de Femmes grosses* (1675), chapitre V, p. 84, intitulée : Histoire d'une femme dans le ventre de laquelle on trouva après sa mort un petit fœtus de deux mois et demy ou environ, avec une grande abondance de sang caillé ; laquelle mérite bien d'estre examinée, pour sçavoir si cet enfant avoit été engendré dans le vaisseau ejaculatoire, appelé tuba uteri, comme plusieurs personnes le croient. » Il entrevoit la localisation dans une corne, la rupture de celle-ci et les accidents mortels qu'elle entraîne, mais discute la localisation de l'œuf. La symptomatologie est pour lui réduite à deux signes : douleurs et syncopes.

« Le sixième jour de janvier de l'année 1669, j'ay vû au milieu de la rue de la Tannerie, chez un chirurgien nommé Benoist Vassal, une matrice, laquelle il avoit récemment tirée du corps d'une femme âgée de 32 ans, qui étoit morte après avoir senty de cruelles douleurs dans le ventre durant trois jours entiers, qui lui avoient causé de fréquentes syncopes, et des convulsions très violentes. Cette femme, qui étoit de la profession, garde d'accouchée, paroissoit durant sa vie d'une santé très parfaite et avoit déjà eû en différentes grossesses onze enfants, sçavoir sept garçons et trois filles dont elle étoit toujours accouchée fort heureusement au terme de neuf mois : mais estant devenue grosse pour la douzième fois et sa matrice ne s'étant dilatée que vers sa corne droite, cette

partie devint enfin si mince et si faible, que ne pouvant souffrir seule une extension suffisante pour contenir plus long temps l'enfant, elle se creva entièrement au deuxième mois et demy de sa grossesse ou environ ; ce qui en fit sortir l'enfant, qui fut trouvé mort entre les intestins de sa mère, avec une grande abondance de sang caillé, qui s'étoit épanché dans tout le bas ventre. »

Vers la même époque, en 1683, Dionis publie l'*Histoire anatomique d'une matrice extraordinaire*. Il suit l'évolution de la gestation et nous fournit une symptomatologie beaucoup plus complète que Mauriceau. Au début : envies, dégoûts, « ordinaires » moins abondantes qu'à l'état normal, douleur, vomissements et brusquement « la nuit du 5 juin 1681, elle fut surprise d'une grande douleur dans le ventre, qui dura trois ou quatre heures, si cruellement, qu'on appréhendoit qu'elle n'en accouchast. Depuis ce temps là, elle ne grossit plus, et ne sentit plus remuer son enfant ». Douze jours après, nouvelles douleurs, vomissements, convulsions et mort au bout de neuf heures. L'autopsie fut faite et Dionis conclue à l'existence d'une matrice surnuméraire.

A la fin du xvii^e siècle on commence à admettre la possibilité de gestation dans les trompes et le mécanisme des grossesses extra-utérines est moins obscur. Les nombreuses autopsies faites alors viennent confirmer ces conceptions.

En 1682, M. de Saint-Maurice, découvre « un testicule déchiré en long, et par moitié du côté qui ne

touche pas à la trompe, ce qui confirme notre auteur dans l'idée où il était, que c'était le lieu où cet enfant s'était formé... Il avait rompu sa prison à force de l'étendre. »

L'évolution est encore, malgré tout, très mal connue, et la plupart des morts subites ne sont pas diagnostiquées. C'est le cas de celle d'Henriette d'Angleterre, en 1670, que l'on attribua au poison.

M^{me} de la Fayette, dans ses *Mémoires*, nous relate cette mort qui, par sa brusquerie, peut faire songer à une rupture tubaire. Mais laissons-lui la parole : « Le 24 juin de l'année 1670, huit jours après son retour d'Angleterre, Monsieur et elle allèrent à Saint-Cloud. Le premier jour qu'elle y alla, elle se plaignit d'un mal de côté et d'une douleur dans l'estomac à laquelle elle était sujette... Madame quitta Boisfranc et vint à M^{me} de Meckelbourg. Comme elle parlait à elle, M^{me} de Gamaches lui apporta, aussi bien qu'à moi, un verre d'eau de chicorée qu'elle avait demandé il y avait déjà quelque temps ; M^{me} de Gourdon, sa dame d'atour le lui présenta. Elle le but, et, remettant d'une main la tasse et la soucoupe, de l'autre elle se prit le côté et dit avec un ton qui marquait beaucoup de douleur : « Ah ! quel point de côté ; Ah ! quel mal ! Je n'en puis plus. »

« Elle rougit en prononçant ces paroles, et, dans le moment d'après, elle pâlit d'une pâleur livide qui nous surprit tous ; elle continua de crier et dit qu'on l'emportât, comme ne pouvant plus se soutenir... elle expira à deux heures et demie du matin, et neuf

heures après avoir commencé à se trouver mal.»

Cette mort imprévue et dont la rapidité a été si bien rendue par cette phrase de Bossuet : « Madame se meurt, Madame est morte », bouleversa tellement la Cour qu'une autopsie fut pratiquée. Elle montra un épanchement de sang dans la cavité pelvienne, ce qui fit faire à Pozzi, en 1903, le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine. Mais son opinion n'est pas partagée par tous : Littré, en 1867, pense à une ulcération gastrique avec perforation ; Loiseleur, en 1872, à une péritonite provoquée par le froid ; le docteur Legué, en 1896, à un empoisonnement par le sublimé ; le docteur Roulier, en 1899, nia cette conception ; enfin, en 1904, le docteur Laignel-Lavastine songe à une perforation intestinale par appendicite gangréneuse.

Le développement d'un fœtus hors de la cavité utérine est donc admis à la fin du ^{xvii}^e siècle, mais il faut arriver jusqu'à Levret, en 1766, pour trouver une définition nette de la grossesse extra-utérine qu'il appelle mauvaise grossesse. Amand, en 1715 et Dionis, en 1721, ne font que confirmer les découvertes de leurs prédécesseurs. Levret va plus loin. Non seulement il connaît les grossesses extra-utérines, mais il en connaît plusieurs variétés : tubaires, ovariennes, abdominales ; il sait qu'elles entraînent des accidents, et surtout que l'enfant meurt. Il a vu également, que le placenta s'insère d'une façon anormale, et il sait que la grossesse peut aller jusqu'à terme et se ter-

miner par un faux travail. Il sait enfin que c'est une affection grave, mais dont la gravité tient à l'impossibilité pour l'enfant d'être évacué, et aux accidents ultérieurs ; il parle de rupture, mais surtout de pourriture et d'élimination. Pourtant la grossesse ectopique est encore vague dans son esprit puisqu'il la confond avec d'autres tumeurs para-utérines, kystes dermoïdes en particulier.

« Si l'enfant est renfermé dans la trompe, dans l'ovaire ou dans la cavité de l'abdomen, la grossesse sera contre nature (quoique véritable) par erreur de lieu... — Lorsque l'enfant a pris naissance dans le ventre hors de la matrice, la femme entre ordinairement, mais infructueusement, en travail au temps marqué par la nature pour sa délivrance, et l'enfant cesse pour l'ordinaire de vivre peu de temps après.

« Les mêmes phénomènes arriveraient vraisemblablement lorsque le fœtus est renfermé dans la trompe ou dans l'ovaire, s'il pouvait y rester jusqu'au neuvième mois de la grossesse, mais il déchire ordinairement ses enveloppes avant ce terme, et la mère périt d'hémorragie avec son enfant dans le ventre. » (*L'Art des Accouchements*, 1766 ; Section IV : Des signes diagnostiques et pronostiques des grossesses).

Smellie, en 1774, donne de nombreux exemples de gestations ectopiques. Beaudelocque, lui, n'a pas fait de gros progrès au point de vue des idées générales, mais a donné des précisions anatomiques sur la localisation des différentes grossesses extopiques ; il sait

qu'un grand nombre de femmes atteintes de cette affection, meurent :

« 2022. La matrice n'est pas le seul endroit où l'enfant puisse se former, se nourrir et s'accroître ; il s'en est trouvé dans les trompes, dans les ovaires mêmes, et dans la cavité abdominale : ce qui constitue trois variétés de grossesses extra-utérines, quoique les symptômes et les suites en soient à peu de chose près les mêmes...

« 2023. De ces trois espèces de grossesses par erreur de lieu, celle de la trompe paraît la plus ordinaire ; un grand nombre d'auteurs, tels que Douglas Santorini, Riolan, Duverney, Solingen, etc..., en rapportent des exemples, tandis qu'on en trouve à peine quelques-uns de fœtus trouvés dans les ovaires.

« 2024. Parmi le grand nombre d'enfants trouvés dans la cavité abdominale, à l'ouverture du cadavre de la mère, l'on observe que quelques-uns semblaient y avoir été conçus, comme dans les observations rapportées par Dionis, Simon et Galli, tandis que les autres y étaient tombés à la suite de la rupture de la matrice, ou de l'une des trompes, dans lesquelles ils s'étaient formés, et plus ou moins développés » (*L'Art des Accouchements*, 1786, t. II, pp. 321 à 323).

Enfin, il commence à rechercher les symptômes des grossesses extra-utérines: Au point de vue clinique, il étudie essentiellement des signes obstétricaux, essayant d'établir la localisation particulière du fœtus en dehors de l'utérus...

« 2026. Lorsque l'enfant se forme et se développe

hors des voies ordinaires, la femme, au rapport de quelques auteurs, ignore la grossesse dans les premiers temps, parce qu'elle ne cesse pas d'être réglée, et qu'elle ne vomit point. Les mammelles ne filtrent pas de lait comme dans la grossesse ordinaire ; le ventre ne se tuméfie que d'un côté, si l'enfant occupe la trompe ou l'ovaire, et les mouvements se font sentir dans un lieu différent que s'il était renfermé dans la matrice. Mais tous ces indices, souvent démentis par l'expérience, sont, on ne peut plus, illusoires....

« 2027. Ce n'est que par le toucher qu'on peut découvrir si le siège d'une grossesse, que les mouvements de l'enfant ont déjà mise en évidence, est dans la matrice ou ailleurs...

« 2028. On introduit un doigt dans le vagin pour juger de l'état du col de la matrice et de la grosseur de son corps. L'un et l'autre doivent être à peu près dans l'état naturel, ou tout au moins la matrice doit être beaucoup plus petite, lorsqu'elle ne renferme pas l'enfant, qu'elle ne l'est à pareil terme de la grossesse ordinaire...

« 2029. L'existence d'une grossesse extra-utérine étant bien reconnue, il n'est pas très difficile de déterminer si l'enfant est renfermé dans l'une des trompes, ou simplement dans la cavité abdominale. Dans le premier cas, les mouvements sont moins vagues et les membres sont plus resserrés à cause de l'enveloppe que lui fournit la trompe ; le corps de la matrice est inhérent à la tumeur que forme le sac qui contient l'enfant, et ne peut en être séparé : c'est

comme une autre tumeur ajoutée sur celle-ci...

« 2030. Dans la grossesse ventrale on distingue aisément le corps de la matrice, quand le placenta n'y est pas attaché, d'avec la tumeur formée par le produit de la conception ; et on peut l'en écarter plus ou moins, en pratiquant le toucher convenablement... (Section I : Des signes des différentes espèces de grossesses extra-utérines, pp. 324 à 327).

Pour l'évolution sa préoccupation essentielle est la même que celle de Levret, le devenir de l'enfant et la façon dont il peut être évacué au dehors. Enfin il connaît la gravité maternelle. « La femme n'y succombe pas toujours il est vrai ; mais pour une qui a le bonheur d'échapper à tant d'écueils, dix au moins en sont victimes » (p. 330).

On ne trouve pas notion de gravité tenant à une hémorragie intra-péritonéale. Il parle d'une possibilité de rupture de la trompe, mais c'est tout...

« 2035. Il paraît, que la trompe ne peut se développer au delà de ce qu'il faut pour contenir un enfant de trois ou quatre mois. C'est à cette époque que celui-ci périt pour l'ordinaire ; après quoi il se dessèche ou se putréfie. Quelquefois aussi la trompe se déchire et le laisse échapper dans le bas ventre, où il ne tarde pas à subir la même chose. Dans tous ces cas, le sort de la femme est différent selon celui que l'enfant éprouve : elle peut vivre longtemps et sans que sa santé en soit beaucoup altérée, lorsqu'il se dessèche et se pétrifie en quelque sorte : mais elle ne tarde pas à ressentir les effets de la putréfaction quand elle a lieu...

« 2036. Le sort de l'enfant qui a pris son accroissement dans la cavité abdominale, n'est pas fort différent de celui de l'enfant qui s'est formé dans la trompe...

« 2037. L'enfant, dans ce cas, comme dans la grossesse tubaire, se dessèche quelquefois ainsi que ses enveloppes : ce qui assure à la mère des jours plus ou moins longs, mais non exempts de troubles et de douleurs...

« 2037. Le dessèchement de l'enfant n'est pas le seul moyen par lequel la nature tend à la conservation de la femme, dans les grossesses extra-utérines ; quelquefois elle pratique des voies différentes pour se débarrasser de cet enfant et de ses accessoires. Il survient des inflammations aux parties adjacentes, et il se forme des dépôts qui se font jour, tantôt à la surface abdominale, et tantôt dans le canal intestinal ou vers la marge de l'anus, par où les débris du fœtus sont expulsés à la longue » (Section II : Événements de la grossesse extra-utérine en général, et des indications qu'elle nous présente, p. 329).

Dans son édition de 1789, Beaudelocque illustre son opinion de l'observation d'une femme qui « touchait à peine à la fin du quatrième mois de sa sixième grossesse, vers le 1^{er} janvier 1789, lorsqu'elle fit une chute sur des morceaux de glaçons, en traversant les rues de Paris, et se froissa fortement le ventre.

Deux mois après, l'endroit qui avait été contus s'ouvrit, et il en sortit beaucoup de matières sanieuses et purulentes des plus fétides, qui entraî-

nèrent des débris de chairs pourries, et quelques pièces osseuses que cette femme prit pour des os de poulet, quoiqu'elle ne se souvînt pas en avoir mangé depuis longtemps. Elle continua néanmoins de courir et d'aller travailler en journée chez des personnes qui l'occupaient, jusques vers la fin de mars, que de plus fortes douleurs la contraignirent de se mettre au lit et de m'appeller à son secours. Plusieurs pièces osseuses se présentoient alors à l'entrée de l'ulcère, et je fis l'extraction au moins de quatre-vingts autres, ainsi que de beaucoup de débris de chairs » (1789, t. II, pp. 608-609).

Somme toute, Beaudelocque a très bien étudié la question du point de vue obstétrical, en ce qui concerne essentiellement les grossesses continuant à évoluer au delà du quatrième mois. Les questions qu'il a soulevées ont été résolues en partie par lui d'une façon peu différente des conceptions modernes ; par contre, son ignorance fut absolue pour ce qui est de la destinée habituelle des grossesses ectopiques : rupture et hémorragie.

Au *xix^e* siècle, on commence déjà à entrevoir l'importance des phénomènes hémorragiques dans les histoires de grossesses extra-utérines.

Les autopsies font constater la présence de sang dans la cavité pelvienne, mais le mécanisme de ces hémorragies sera inconnu presque jusqu'à Lawson Tait ; elles sont décrites suivant les auteurs, sous le nom de : exhalation péritonéale, péritonite hémorragique, par Virchow ; pachypéritonite, par Bernutz et

Besnier ; rupture du plexus utéro-ovarien, par Richet ; reflux du sang menstruel par les trompes, par Bernutz et Guérin, etc.

L'étiologie et l'évolution de ces gestations sont également le sujet de recherches plus approfondies ; de nombreuses variétés sont découvertes.

L'épithaphe suivante, trouvée au Père Lachaise, donne une idée de l'intérêt particulier porté à ces grossesses.

ICI REPOSE

M^{me} Marie-Magdeleine MILCENT
Epouse de M. Etienne Fournier
Décédée le 10 mars 1824
Agée de 38 ans.

Elle fut le modèle des Epouses
et la plus sincère des amies.
Sa mort fut accélérée par de longues souffrances
qu'elle supporta avec courage.
Sa douceur et sa bonté l'avaient rendue chère
à tous les malheureux.

Elle a porté dans son sein
un enfant 12 mois vivant et 7 ans mort,
ainsi que l'ont constaté, après son décès,
les Docteurs Dubois et Belivier,
ses médecins, qui ont retiré cet enfant,
bien conforme et parfaitement conservé.

*Repose en paix, ombre chérie,
les larmes de ton époux et celles de ta famille
couleront sur ta tombe jusqu'au moment
où ils viendront te rejoindre.*

Au début de ce siècle, Gardien et Bry étudient spécialement la grossesse ovarienne mais prennent comme exemples, des kystes dermoïdes de cet organe. Gardien, rapportant un cas publié par Nysten, s'étonne tout de même de cette grossesse insoupçonnée, qui s'était produite chez une enfant non encore développée et dont l'hymen était intact et il l'attribue à l'habitude de la masturbation. Quant à Bry, ne trouvant, et pour cause, aucune trace de cordon ombilical, il se rallie à l'opinion de M. Cabanis « qui prétend que ces diverses portions du squelette d'un fœtus, trouvées non seulement dans les ovaires, mais aussi dans l'utérus, jouissent de la vie, et qu'elles sont animées par des nerfs qui les pénètrent. »

Plus intéressante est la découverte de Breschet, en 1824, qui admet une quatrième espèce de gestation extra-utérine. « Dans cette espèce de grossesse, la propre substance de l'utérus renferme le fœtus sans qu'un kyste le sépare du tissu de ce viscère. Aucune communication n'existe entre l'excavation contenant le fœtus, la cavité de l'abdomen et celle de l'utérus » (*Mémoires sur une nouvelle espèce de grossesse extra-utérine*). Il essaye d'expliquer cette grossesse, mais en vain.

Il faut arriver jusqu'en 1825 pour avoir, avec M^{me} Lachapelle, quelques précisions, sinon sur les signes cliniques (« on sait quelle obscurité règne généralement à cet égard. L'observation n'a pas encore prononcée sur la valeur du moyen proposé par M. de

Kergaradec, je veux dire l'auscultation »), du moins sur l'évolution.

Elle décrit très bien deux terminaisons : tantôt rupture du kyste à la suite d'un faux travail, tantôt arrêt du travail et mort du fœtus entraînant soit l'ulcération des parois du kyste, soit l'ossification de ce fœtus, et elle ajoute « la rupture du kyste est, je crois, la plus commune des deux terminaisons. Ordinairement mortelle, cette rupture est le plus souvent accompagnée d'un épanchement considérable de sang dans l'abdomen. Des douleurs assez vives ont ordinairement précédé et suivi le déchirement du kyste ; d'autres fois il n'a donné aucun signe de sa présence et la mort n'a été annoncée par aucun symptôme alarmant » (*Pratique des accouchements*, 1825, 8^e Mémoire : Ruptures ovariques et tubaires, t. III, article 1^{er}, p. 86). Si elle n'explique pas ces hémorragies elle est cependant une des premières à avoir établi une liaison entre les épanchements de sang intrapéritonéaux et la grossesse ectopique.

La même année, Moulin, Guibert et Daynac s'intéressèrent également à ces épanchements sanguins et le dernier conclut qu'en cas de rupture du kyste il survient toujours une hémorragie mortelle.

Capuron, en 1828, décrit le syndrome d'hémorragie interne et note l'existence de sang dans la cavité péritonéale. « Les douleurs les plus aiguës suivies d'un calme trompeur, l'affaissement de l'abdomen et un sentiment de chaleur douce répandue dans cette cavité, la pâleur du visage, la diminution progressive

et la cessation du pouls, une sueur froide sur tout le corps, quelques convulsions et la mort : telle était la série des accidents, dont le commencement était si inopiné et la marche si rapide, qu'on avait à peine le temps d'administrer quelques secours. A l'ouverture du cadavre, un énorme caillot de sang attestait l'hémorragie qui avait causé une telle catastrophe » (*Cours théoriques et pratiques d'accouchements*, 1828, Section X, p. 595 : De la grossesse extra-utérine).

L'hémorragie est pour lui une des complications possibles mais à laquelle il donne la même importance relative qu'à l'inflammation ou la pourriture. « Certaines femmes périssent à la suite d'une grossesse extra-utérine, victimes de l'inflammation qui survient aux viscères du bas-ventre, ou de la putréfaction que le fœtus communique aux parties circonvoisines » (p. 597).

Et c'est Velpeau qui commence à entrevoir vraiment le rapport entre les hémorragies et les œufs ectopiques. Dans tous les cas, s'il ne s'est point établi d'adhérences conservatrices, l'eau de l'amnios, le fœtus et le sang qui coule des bords de la déchirure, passent sur le champ dans la cavité péritonéale » (*Traité de l'art des accouchements*, 1829, t. I).

Dans son traité de 1835 il admet cinq variétés de grossesses ectopiques, ajoutant aux trois connues : la grossesse interstitielle « dont le mécanisme est totalement inconnu ».

Dézeimeris, en 1837, décrit jusqu'à dix espèces : la grossesse ovarique, sous péritonéo-pelvienne, tubo-

ovarique, tubo-abdominale, tubaire, tubo-utérine interstitielle, utéro-interstitielle, utéro-tubaire, utéro-tubo-abdominale, et abdominale ; la variété sous-péritonéo-pelvienne résultant, pour cet auteur, du glissement de l'œuf fécondé entre les feuilletés du ligament large où il se développerait ainsi en dehors du péritoine.

Cette division, d'abord admise par Cazeaux, en 1840, fut ensuite réduite à cinq dans les éditions de son livre revues par Tarnier : abdominale, qu'il subdivise en ovarique et péritonéale, tubo-abdominale, tubaire, tubo-utérine interstitielle et utéro-tubaire. Jacquemier, en 1846, décrit les mêmes variétés.

Cazeaux, pour la première fois, s'intéresse à l'étiologie et recherche les causes de ces gestations anormales. Il pense « qu'un mouvement de terreur, venant à coïncider avec la fécondation, peut être une raison suffisante pour que l'œuf qui vient d'être fécondé ne puisse plus ultérieurement être transporté dans l'utérus ».

Jacquemier explique ainsi cette conception : « On comprend du reste qu'une perturbation vive, un saisissement subit, puissent faire cesser l'application temporaire des trompes sur les ovaires, arrêter ou troubler leurs mouvements organiques, faire tomber l'œuf fécondé dans la cavité abdominale, le laisser dans l'alvéole de l'ovaire, ou dans un point de conduite des trompes. C'est cette pensée qu'exprimait Astruc lorsqu'il disait « que les grossesses extra-utérines sont plus ordinaires dans les filles, les veuves

et surtout dans les filles et les veuves qui ont passé pour sages, parce que la crainte, la honte, le saisissement dont ces femmes sont affectées dans un embrassement illicite y ont beaucoup de part ». (*Manuel des accouchements*, 1846, t. I, Section II, p. 367 : Grossesse extra-utérine).

Il cite le fait d'une femme qui, « au moment de la plus vive jouissance, entendant du bruit et craignant d'être surprise, s'aperçut qu'elle avait laissé la clef à la serrure. Elle s'enfuit éperdue. Elle eut une grossesse extra-utérine ».

Il entrevoit, cependant, comme autres causes possibles : les violences exercées sur le ventre après la conception ou certaines dispositions particulières des organes maternels. C'est Moreau, en 1853, qui éliminera ces causes fantaisistes et démontrera que « c'est surtout dans les altérations pathologiques des trompes, des ovaires ou des parties voisines qu'il faut chercher les causes les plus fréquentes de l'accident qui nous occupe... »

Dans la seconde moitié du xix^e siècle, les hémorragies intra-péritonéales retiennent de plus en plus l'attention. Nelaton, en 1850, dans son article sur l'hématocèle pelvienne, admet, pour la première fois, dans certains cas, une origine ovarienne et Denuce, en 1853, formule l'hypothèse de l'origine gravidique extra-utérine de cette hématocèle.

La division de ces gestations se simplifie. Naegelé et Grenser n'admettent que quatre variétés : la gros-

sesse tubaire, interstitielle ou tubo-utérine, abdominale et ovarique.

Stoltz et Depaul, en 1873, n'en admettent que deux : la grossesse extra-utérine abdominale et la grossesse extra-utérine tubaire. « Chacune présente plusieurs variétés anatomiques ou de siège précis, mais qui peuvent parfaitement être réduites à une espèce unique et décrites ainsi. »

Bernutz, en 1879, ne reconnaît, lui aussi, que deux classes de gestations ectopiques. « 1° Les grossesses extra-utérines abdominales, pouvant parcourir toute leur période, jusqu'au terme de l'accouchement.

2° Les grossesses sous-péritonéales, ovariennes, tubaires, interstitielles, ne pouvant durer qu'un temps plus ou moins court, à moins qu'elles ne s'arrêtent, par suite de la mort du produit. Si l'œuf continue à se développer, au terme de six semaines, à deux ou trois mois, il se produit fatalement une rupture. Dans les conditions les plus heureuses, l'ovule tombe dans le péritoine et, d'ovarienne ou tubaire, la grossesse se convertit en abdominale. Dans les cas trop fréquents, les suites de cette rupture sont moins favorables. Elle a pour conséquence une hémorragie interne promptement mortelle » (*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1879 : De la grossesse extra-utérine).

On connaît bien maintenant la grossesse extra-utérine au point de vue symptomatique et si l'on a une idée, encore assez vague, il est vrai, de ses causes, l'évolution au contraire est bien étudiée ; ce qui per-

met à Parry d'établir cette statistique : sur 500 cas, 174 ruptures, soit 34,8 %.

Tarnier et Budin, en 1886, dans leur *Traité de l'Art des Accouchements*, en recherchant la fréquence et aboutissent aux résultats suivants :

A Vienne, sur 60.000 femmes enceintes, Bandl trouve cinq grossesses extra-utérines.

Parry, sur 500 cas :

- 230 sièges douteux ;
- 27 grossesses ovariennes ;
- 29 grossesses abdominales.
- 214 grossesses tubaires :
 - 31 interstitielles ;
 - 34 tubo-abdominales ;
 - 149 tubaires.

et sur 174 ruptures :

- 147 tubaires ;
- 15 ovariennes ;
- 2 abdominales ;
- 10 douteux.

Maygrier sur 56 ruptures :

- 51 tubaires ;
- 5 ovariennes.

Quant au pronostic, Parry sur ses 500 cas a eu 336 morts et 163 guérisons, soit une mortalité de 67,2 pour 100.

Et c'est Lawson Tait qui termine cette phase historique. Sans nier la grossesse ovarienne, il pense qu'il n'existe qu'une variété primitive de grossesse

extra-utérine, la variété tubaire lui reconnaissant toutefois trois sous-variétés : la tubo-ovarienne, la tubaire franche et la tubo-utérine.

La grossesse ovarique est encore très discutée par tous ; Puech, en 1878, dans les *Annales de Gynécologie* en publie des observations et termine son travail par les conclusions suivantes :

« 1° La grossesse de l'ovaire existe, mais elle a été jusqu'à ce jour rarement observée.

« 2° La plupart des cas qu'on a signalés sous cette étiquette sont tantôt des kystes dermoïdes, tantôt des grossesses ovaro-tubaires, tantôt enfin des grossesses abdominales dans lesquelles le placenta était venu se greffer à la surface de l'ovaire.

« 3° Les caractères anatomiques auxquels on reconnaît la grossesse ovarique sont : a) l'absence de l'ovaire correspondant ; b) l'union du sac fœtal à la matrice par le ligament de l'ovaire ; c) la présence de tissu ovarien sur les parois du sac ; d) l'indépendance de la trompe en ce qui concerne la formation du sac fœtal.

« 4° La marche et les terminaisons de cette grossesse ne diffèrent pas de celles des grossesses abdominales. »

Lawson Tait tient dans l'histoire de la grossesse extra-utérine une place aussi importante que de Graaf. Si le premier par la découverte de la fécondation rendit compréhensible le développement d'un fœtus en dehors de l'utérus, c'est au second que l'on doit une idée exacte de ces gestations. C'est lui qui, après Velpeau et Sabatier, établit la liaison entre ces

grossesses et les hémorragies liquides ou à type d'hématocèle, et qui démontra la fréquence de ces accidents.

^oVoici le plan qu'il donne de ces grossesses ectopiques :

I. — *Ovarienne* possible mais cependant pas prouvée.

II. — *Tubaire* dans la partie libre de la trompe.

Contenue dans la trompe jusqu'à la quatrième semaine, époque à laquelle ou avant laquelle survient la rupture primitive ; le produit de la gestation est alors dirigé vers :

1° Grossesse abdominale ou intra-péritonéale, toujours fatale (à moins d'être opérée par section abdominale), primitivement par hémorragie, secondairement par suppuration du sac et du péritoine.

2° Le ligament large, ou grossesse extra-péritonéale :

- a) Peut se développer dans le ligament large, donnant naissance à un enfant viable.
- b) Peut mourir et se transformer en hématocèle extra-péritonéal.
- c) Peut mourir et l'ovaire suppurant peut être évacué à l'ombilic, dans la vessie, le vagin ou l'intestin.
- d) Peut former un lithopédion.
- e) Peut se transformer en gestation abdominale ou intra-péritonéale par rupture secondaire.

III. — *Tubo-utérine ou interstitielle* formée dans la partie de la trompe en contact avec l'utérus. Elle est toujours fatale, par rupture primitive intra-péritonéale (comme 1) avant le cinquième mois.

Plus tard, les travaux modernes n'ont fait que confirmer les idées de Lawson Tait.

Traitement

Jusqu'à la fin du xviii^e siècle, il n'y a pas, à proprement parler, de traitement de la grossesse extra-utérine. Celle-ci est, en effet, la plupart du temps non diagnostiquée et quand elle l'est, c'est toujours trop tard pour permettre une intervention quelconque.

Pourtant à l'étranger on note déjà quelques rares sections abdominales. La plus ancienne est celle pratiquée par Primerose en octobre 1594. L'histoire de la malade est devenue classique. Elle eut deux gestations ectopiques, la première en 1591 qui se termina par une fistule de la paroi abdominale, fistule qui fut élargie et d'où l'enfant fut extrait par Jacob Noierus. En 1594, Primerose retira un deuxième enfant par section abdominale.

Félix Platerus rapporte un autre cas, seulement trois ans plus tard. En 1714, Calvo en note un cas en France, et en 1764, Bard un autre en Amérique. En 1791, cette opération fut faite pour la seconde fois, dans ce pays sur M^{me} Cocke, femme d'un planteur de la Virginie, par le Docteur William Baynham ; le même opéra le 6 février 1799 une esclave nègre avec succès. Ce fut la quatrième opération abdominale faite pour sortir un fœtus extra-utérin. La troisième

fut pratiquée par M. Knight, de Philadelphie et publiée en 1795.

Presque un quart de siècle après, le Docteur Wishart, le 6 octobre 1823, recommença cette opération. Enfin, la sixième opération américaine est due au docteur A. H. Stevens, de New-York, le 6 février 1846.

En France, ce n'est qu'en 1766 avec Levret que l'on commence à s'intéresser au traitement de ces grossesses anormales. Jusque-là il n'en est pas fait mention.

Levret se rendant compte de la gravité de cette affection, indique la gastrotomie ou laparotomie, mais d'une façon toute théorique, cette opération étant à son avis impossible car pour qu'elle puisse réussir « il faudrait que le lieu où se serait attaché le placenta eût la faculté qu'à la matrice de se contracter puissamment et avec célérité, et c'est ce qui est impossible ».

C'est cette même crainte de l'hémorragie qui a empêché tous ceux qui ont rencontré des gestations ectopiques de les opérer. Beaudelocque, en 1786, tâche de réagir contre cette opinion « la crainte de l'hémorragie, dit-il, n'est pas selon nous une raison suffisante pour faire rejeter l'opération dont il s'agit. On a déjà proposé de laisser alors le placenta jusqu'à ce qu'il se soit détaché de lui-même, et qu'il vienne se présenter à la plaie, dans laquelle on aura eu le soin de retenir le cordon ».

Ces vues sont divinatoires en ce qui concerne le

traitement d'extirpation du sac, en ce sens qu'il parle déjà d'un traitement actuellement en honneur, celui de laisser le placenta après ablation du fœtus. Il discute également le moment opportun de l'intervention, en rapport avec la vitalité du fœtus et le plus ou moins grand danger couru par la mère,

Gardien, en 1807, va plus loin, non seulement il conseille de pratiquer la gastrotomie, puisque la femme « périrait également d'hémorragie, et bien plus sûrement encore, si on n'y a pas recours », mais il en indique le moment : « Quelques jours avant l'époque des douleurs, dans la crainte que la poche venant à se rompre, la femme ne périt d'hémorragie au moment de la rupture ».

M^{me} Lachapelle (1825), considère comme ses contemporains l'opération bien chanceuse quand tout est intact à l'extérieur, elle ne l'admet qu'une fois la grossesse extra-utérine parvenue à son terme naturel et le faux travail déclaré.

Pour la première fois elle indique la possibilité d'ouverture du kyste par le vagin quand la tumeur proémine dans l'intérieur de celui-ci.

Daynac, en 1825, Gardien, en 1828 reprennent cette même opinion. En 1829, Velpeau, à côté de la gastrotomie qui est aussi pour lui le remède unique, mais qui ne compte aucun succès, donne, au cas où elle n'est pas applicable, une médication symptomatique destinée à « modérer l'intensité de la phlegmasie, à prévenir autant que possible, la formation du pus, à

favoriser la production d'adhérences qui puissent circonscrire l'épanchement, à soutenir, ou bien à diminuer les forces au moyen du régime ou des émissions sanguines, selon que les phénomènes de réaction ou d'épuisement sembleront le nécessiter ; on aide à la sortie des lambeaux de l'œuf qui se présenteront dans le vagin, la vessie, le rectum ; on ouvre les abcès s'il s'en forme ; on s'oppose à la stagnation du pus ou des matières décomposées ; en un mot, on met à contribution, tour à tour, et selon les indications, les bains, les injections, les lavements, une diète sévère, un régime analeptique, les saignées générales ou locales, le repos ou l'exercice ».

Mais si l'on peut opérer au moment du terme, il ne faut « surtout pas après la rupture du kyste, se hâter d'agir. Dans ce cas, en effet, le temps nécessaire à la formation du kyste nouveau qui enveloppe les parties déplacées, est assez long ; les adhérences qui l'unissent aux parties voisines demandent un certain temps pour se former, et il y aurait grande témérité à troubler ce travail salutaire par une opération inopportune. » (Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements*, 1840, chap. III). Et encore, d'après Jacquemier, ne doit-on tenter cette intervention que lorsque la mort de la mère est imminente et que l'on conserve quelque espérance de sauver le fœtus.

Par contre, elle est tout à fait contre indiquée dans les premiers mois car « elle ne peut rien contre l'hémorragie... » (Dezeimeris). On se bornera alors à combattre cette hémorragie par les saignées abondantes,

le repos, la glace sur le ventre, les réfrigérants, les bains, les calmants, les anti-spasmodiques.

C'est toujours cette crainte de l'hémorragie qui fera dire à Gerdy, en 1852 : « Que faire en effet pour échapper à ce danger ? La gastrotomie ? Mais n'est-elle pas plus dangereuse encore que la rupture de la poche fœtale ?... J'aime mieux, quand je ne puis sauver une malheureuse, la laisser mourir que de la tuer. »

N'osant opérer on essaye différents traitements pour interrompre le cours de la grossesse avant la rupture du kyste. Ritgen conseille la cure de la faim, les purgatifs. Cazeaux les saignées abondantes, Barnes une légère intoxication de la mère par la strychnine, Gaudrin des injections hypodermiques d'ergotine, d'autres des frictions mercurielles ou des caustiques, Schleiser, l'administration d'iodure de potassium.

M. Vanhuelvel propose la compression de l'aorte et Hyernaux l'application de pâte escarrotique de Canquoin.

Joulin, en 1863, préconise de pénétrer dans l'œuf et d'agir sur le fœtus, « au moyen d'un trois-quarts capillaire, de la seringue de Pravaz, on pénètre dans son intérieur, et on fait une injection d'un centigramme d'atropine délayé dans quelques gouttes d'eau. Il peut arriver deux choses : ou le liquide a pénétré dans le fœtus lui-même et la mort est presque immédiate, ou il a pénétré seulement dans les liquides de l'œuf ; il y aura une absorption suffisante pour déterminer la mort du fœtus ».

Braxton Hicks, en 1866, reprenant l'idée de Base-

dow, cherche à évacuer par ponction du kyste le liquide amniotique et à tuer directement le fœtus (66 % de mortalité).

Le docteur Bachetti emploie pour la première fois l'électricité pour tuer l'enfant[•] : une seule séance de cinq minutes est suffisante. Garrigues, en 1883, observe huit cas de guérison. On conseille les courants galvaniques ou la faradisation.

Certains sont partisans de l'extraction du fœtus par le vagin ou élytrofomie (Tomas, 1878). Mais l'ablation du sac par laparotomie conseillée par Josephi, Heim, Osiander, Zang est rejetée par tous les autres.

Au moment et après la rupture du kyste, l'opération paraît toujours hasardeuse ; malgré tout, Keller, en 1872, déclare que le seul traitement logique est d' « arrêter l'hémorragie, extraire le corps du délit et faire la toilette du péritoine. Or, pour arriver à ce résultat, il n'y a que la gastrotomie ».

Celle-ci, si elle n'a donné jusqu'alors que des résultats médiocrement encourageants, doit être pourtant faite dans deux conditions, quand l'enfant vit au début du faux travail ou que, mort, il devient une menace pour l'existence de la mère (Puech, 1879) ; de plus, il convient d'opérer de bonne heure.

Ici encore, c'est Lawson Tait qui démontrera l'utilité et le peu de danger de ces opérations. Il établira l'époque à laquelle on doit intervenir et la technique à suivre. Avant lui on conseillait la gastrotomie sans oser la faire, lui, l'a mise en pratique. En 1885, après vingt-cinq opérations, dont la première seule fut fa-

tales, il conclut que la rapidité de l'intervention est un facteur essentiel de succès. « Le seul traitement à proposer pour sauver une femme dans ces circonstances malheureuses est la gastrotomie : ouvrir l'abdomen, lier les vaisseaux qui saignent ou enlever le sac complet. Le grand embarras dans l'adoption de ce traitement est l'incertitude du diagnostic. »

Il différencie au point de vue opératoire l'hématocèle extra-péritonéale, rarement mortelle et pour laquelle l'intervention n'est pas obligatoire et l'hématocèle intra-péritonéale, au contraire, toujours fatale et qui doit être opérée d'urgence.

Après Veit, en 1884, il est le premier à avoir opéré, avec succès, une grossesse extra-utérine avant la rupture du kyste. Grâce à lui, la grossesse ectopique n'était plus une affection fatalement mortelle et ses successeurs n'ont fait que mettre en pratique ses conseils.

Conclusions

I. — C'est Régnier de Graaf qui, en découvrant, en 1672, la fécondation, permit de comprendre et d'admettre la grossesse extra-utérine. Jusque-là on croyait à la fusion des deux semences mâle et femelle : lui, déclare que la femme donne un œuf ; cet œuf se détache de l'ovaire et est fécondé dans la matrice.

II. — Les premiers cas de grossesse ectopique sont publiés dans la seconde moitié du xvr^e siècle, mais il faut arriver à Levret, en 1766, pour trouver une définition nette de ces gestations anormales. Beaudelocque, en 1774, en démontre la gravité, mais en ignore l'évolution habituelle.

III. — Au xix^e siècle, on entrevoit l'importance des phénomènes hémorragiques et Velpeau, en 1829, établit une liaison entre les épanchements sanguins intra-péritonéaux et les grossesses extra-utérines.

Enfin, Lawson Tait fait la lumière définitive sur ce sujet.

IV. — C'est également Lawson Tait qui met en pratique la laparotomie. Il en démontre le peu de danger

et déclare que c'est le seul traitement capable de sauver la femme.

La première opération avait été faite en 1594, mais jusqu'à lui la crainte de l'hémorragie faisait hésiter les plus téméraires.

Divers autres traitements essayés, ne donnèrent, comme on peut penser, que de très médiocres résultats.

Vu : le Président de la thèse,

J.-L. FAURE.

Vu : le Doyen de la Faculté,

ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne donnons pas la liste très étendue des livres consultés mais seulement celle des ouvrages cités.

Amand. — Nouv. observ. sur la pratique des accouchements, 1713.

Astruc. — Princ. de l'Art des Accouchements, 1766-1771.

Barbillon. — Etudes critiques d'Histoire de la Médecine.

Bartholin. — De insolitis partus humani viis, 1664.

Beaudelocque. — L'art des Accouchements, 1786, t. II, art. IV ; 1789, t. II ; 1815, p. 439. *Arch. gén. de Médecine*, nov. 1825, p. 410.

Bernutz. — Revue de thérap. médic. chir., 1879. *Gaz. obstétr.*, 20 janv. et 5 février 1879.

Breschet. — « Mém. sur une nouv. esp. de G. extra-utér. » (*Repert. d'anat. et de physiol.*, t. I, 1824).

Bry. — Dissert. sur la g. extra-utér., 1808.

Capuron. — Cours théor. et prat. d'accouchements, 1828, S. X, p. 590.

Cazeaux. — Traité théor. et prat. de l'art des accouchements, 1840, ch. III.

Fayette (M^{me} de la). — Mémoires.

Graaf (de). — 1672.

Depaul. — *Arch. de tocol.*, 1874.

Dezeimeris. — *Journ. des conn. méd. chir.*, 1887. *Arch.*

gén. de méd. de Paris, 1852 ; *Journ. de méd. et de chir.*, 1837-1839.

Dionis. — *Hist. anat. d'une matr. extraord.*, 1863. *Traité génér. des accouchements*, 1721, p. 34, chap. XI.

Gardien. — *Traité d'accouchements*, 1807.

Jacquemier. — *Manuel des accouchements*, 1846, t. I, S. II, p. 367.

Joulin. — *Th. d'agrég.*, 1863.

Keller. — *Th.*, 1872.

Lachapelle (M^{me}). — *Prat. des accouchements*, 1825, t. III, art. 1^{er}, p. 86.

Lawson Tait. — *Medico chirurg. trans.*, 1873. *British med. Journal*, 28 juin 1884, 16 avril, 16 oct. 1884 ; 18 avril, 19 déc. 1885 ; 12 mai 1888 ; *Traité des mal. des ovaires*, 1886 ; *Lectures on ectopic pregn and pelvic hématocèle*, 1888.

Levret. — *L'art des accouchements*, 1766, Sect. IV.

Mauriceau. — *Traité des mal. des femmes grosses*, 1675, chap. III, p. 10.

Moreau. — *Th. d'agrég.*, 1853.

Paré (A.). — *Livre de la génér. de l'homme et de la femme*, 1575.

Puech. — *Ann. de gynéc.*, juillet 1878 et 1879.

Sabatier. — *Traité complet d'anat.*, 1798, t. III.

Stoltz. — *Nouv. dict. de médec. et de chir. prat.*, 1873.

Tarnier et Budin. — *Traité de l'art des accouchements*, 1886.

Velpeau. — *Traité de l'art des accouchements*, t. I, 1829-1835.

Vésale. — *Démonstr. d'une double matrice*, 1669.



